

(診断書作成マニュアル)

病名は、ICDコードに則って記載します。高次脳機能障害(器質性精神障害)では、F0+数字1桁で表されます。

- 健忘が目立つ場合は、F04(器質性健忘症候群)
- 妄想や気分障害(抑うつ気分)が目立つ場合は、F06(脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害)
- それ以外の人格や行動の変化は、F07(脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害)になります。

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)				
住所					
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99, G40のいずれかを記載)	主たる精神障害 ICDコードF・G () ()		従たる精神障害 ICDコードF・G () ()		
② 初診年月日 (①のため初めて医師の診察を受けた日)	主たる精神障害の初診年月日 昭・平・令 年 月 日 (診療録で確認・本人又は家族等の申立て)		診断書作成医療機関の初診年月日 昭・平・令 年 月 日		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、その他生活歴等参考となる事項 (推定発病年月 年 月頃)					
* 器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名: _____, 発症日: 昭・平・令 年 月 日)					
「重度かつ継続」に関する意見	※「①病名」欄の「主たる精神障害」のICDコードが、【F00～F39, G40】以外の場合に記入してください。情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的集中的な通院医療を継続的に要するとア 判定される イ 判定されない ▲ 「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらに○印をつけ、いずれかの□にレ印をしてください。 □ 精神保健指定医 □ 3年以上精神医療従事者の経験あり				
④ 治療歴 (書ききれない場合は⑩備考欄に記入してください。)					
医療機関名	治療期間	入院・外来	医療機関名	治療期間	入院・外来
	～	入・外		～	入・外
	～	入・外		～	入・外
	～	入・外		～	入・外
	～	入・外		～	入・外
⑤ 現在の病状、状態像等(概ね過去2年間の状態、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態も考慮し、該当する項目を○で囲んでください。)					
(1) 抑うつ状態	1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他()				
(2) 躁状態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()				
(3) 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他()				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他()				
(5) 統合失調症等残遺状態	1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他()				
(6) 情動及び行動の障害	1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()				
(7) 不安及び不穏	1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()				
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)	1 てんかん発作(発作型等は⑥に記載) 2 意識障害 3 その他()				
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() <ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他()> <現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)>				
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	1 知的障害(精神遅滞)(ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度)療育手帳(有・無、等級等)) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難(ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他())) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他())				
(11) 広汎性発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他())				
(12) その他 ()					

②初診年月日は、高次脳機能障害の診断がついた日を記載してください。急性期に意識障害があった場合は、意識障害から回復した日以降の年月日となります。意識障害がなかった場合は、原疾患(*)の発症日で差し支えありません。

③原疾患及び高次脳機能障害の治療経過を記載してください。また、参考となる生活歴の概要を記載してください。

欄の「発症の原因となった疾患名とその発症日」については、原疾患()の発症年月日を記載します。

原疾患と高次脳機能障害に係る医療機関について記載してください。急性期には高次脳機能障害の診断がついていない場合でも、損傷部位から障害が明らか場合は、この項目に急性期病院から記載し、備考欄に症状が固定していることを記載します。

F06の場合は、この項目の該当するものに○をします。

F07のアパシーや暴言などの性格変化・行動の問題がある場合は、この項目の該当するものに○をします。

不安症状やてんかん発作などを伴う場合は(7)、(8)などの該当するものに○をします。

F04他の認知機能の変化について、この項目の該当するものに○をします。

*原疾患とは：
高次脳機能障害の原因となった脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、低酸素脳症、脳腫瘍等

この欄は、⑤で記したことの詳しい病態を記載します。

例えば、抑うつ気分があれば、「そのため閉居がちで生活のリズムも整わない」など。

暴言や脱抑制などであれば、「家人に対し、カッとすると物を投げつけるなど、危険を感じる場面がある。金遣いのコントロールができず、乱費しては家人に請求し、それが通らなると激怒する」などを記載します。

健忘症候群を含めた認知機能の障害については、それが生活にどのように影響しているかを記載します。例としては、「買い物に行っても買うものを忘れて帰ってくる」、「書類手続きは一人では全くできない」など、生活上の具体的な問題を中心に記載します。

また、**神経心理検査(WAIS, WMS, BADSなど)**をしていれば、低下項目や数値を記載します。

※ 診断書は、初診日から6箇月経過後のもので、継続治療(6箇月以上)を行って

⑥ ⑤の病状、状態像等の具体的程度、症状、臨床検査結果等

てんかんの場合は、該当するものを○で囲んでください。

また、複数の発作型がある場合、各発作型の頻度及び最終発作年月日を記入してください。

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度 (), 最終発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 頻度 (), 最終発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 頻度 (), 最終発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 頻度 (), 最終発作

⑦ 生活能力の状態 (保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を児童では、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)

- 1 現在の生活環境
入院・入所(施設名) ・在宅(ア 単身 ・イ 家族等と同居)
- 2 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んでください。)
(1)適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要
(2)身の清潔保持 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要
(3)金銭管理と買物 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
(4)通院と服薬(要・不要) 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
(5)他者との意思伝達・対人関係 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
(6)身の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
(7)社会的手続きや公共施設の利用 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
(8)趣味・娯楽への関心、文化的 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要
社会的活動への参加
- 3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)
(1)精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
(2)精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
(3)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
(4)精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
(5)精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

⑧ ⑦の具体的程度、状態等

⑨ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況・経過、その他参考事項 (障害者の日常生活するための法律に規定する自立訓練(生活訓練)、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導、作業療法、生活保護の有無等)

◆精神科訪問看護指示の有無(有・無) ◆精神科デイケア指示の有無

⑩ 身体合併症	⑪ 備考(自立支援医療費(精神通院)支給後の治療方針を記入してください。)
身体障害者手帳 有・無 種別 級	
上記のとおり、診断します。	
医療機関所在地	診療担当科名
医療機関名称	医師氏名(自署又は記名捺印)
電話番号	

生活する中での援助の必要度や援助の程度、意志の発動性等の観点から、「自発的にできるが援助が必要/おおむねできるが援助が必要」～「できない」の評価をします。

例えば、(1)では、出来合いの食品の購入も含め、何とか自分で食事の準備をするが、偏食等があるため家族の助言が必要な場合は「自発的にできるが援助が必要」、自分では惣菜等を購入することもできず、家族が食事の準備をしているような場合は「援助があればできる」、食事の準備をしても食べず、直接の介助を要する場合は「できない」となります。

(2)～(8)も以下の例示を参考に、同様に評価します。

(2)では、脳損傷後に片付けができずゴミをためる、繰り返し促すことで何とか入浴や更衣ができる等

(3)では、脳損傷後に金銭の計算ができなくなり買物をする際に家族が付き添う必要がある、不必要なものを購入するなど浪費が目立つ等

(4)では、通院が一人でできない、服薬に助言や管理が必要である、施設通所等が自発的にできない等

(5)では、家族や治療者、周囲の人とのコミュニケーションの困難さや意欲について、会話量が極端に減少した、易怒的でコミュニケーションに配慮が必要である等

(6)では、外出時に交通事故にあわないう、家族が配慮する必要がある、事故に遭遇したとき適切な連絡ができない等

(7)では、例えばこの手帳の申請などの必要な手続きができず、家族が手伝わなければならない等

(8)では、脳損傷後に以前からの趣味のための外出をしなくなった、テレビをポンヤリと見るのみで内容を理解したり、興味を持って見るができなくなった等

この項目の評価の目安として、例えば、

(1)は問題なく仕事ができる程度(手帳には該当しない)

(2)は保護的配慮のもと就労したり、福祉的就労ができる程度

(3)は精神的な症状や日常生活の問題が目立つが、習慣化した外出なら単独でできる程度、B型事業所等で配慮を受けながら作業ができる程度

(4)は意欲面の問題が大きく直接的な日常生活の介助が必要な場合や、単独外出が困難な程度

(5)は食事や保清など日常生活の基本的行動が自発的にできず、常時介助を要する程度

⑦のまとめになります。例えば、「日常生活における食事や衛生面でも家族の促しや援助が必要で、就労も難しく、日常生活全般に家人の援助を要する状態」などと記載します。

自立支援医療を同時申請する場合、自立支援医療(精神通院)の対象となる投薬等の治療内容について記載します。手帳取得には、6箇月以上の治療継続が必要ですが、高次脳機能障害では、直近の治療継続期間が6箇月以上なくとも、その発症から長期の経過があり、状態が固定して改善が見込みにくい場合、手帳が承認されることがあります。その場合、いつ頃から状態が固定しているかを記載します。